

平成 年 月 日

北見赤十字病院
教育研修推進室 宛

病院見学申込書

学校名または勤務医療機関名： (年)
ふりがな： (.....) 男 ・ 女
氏名：
生年月日： 昭和 ・ 平成 年 月 日生 (才)
住所：
電話番号：
メールアドレス：

見学の動機 ※該当に☑をして下さい	<input type="checkbox"/> 病院ホームページを見て興味を持ったため <input type="checkbox"/> 先輩から話を聞いて興味を持ったため <input type="checkbox"/> その他 (.....)
見学の目的 ※該当に☑をして下さい	<input type="checkbox"/> 初期研修病院選定のため <input type="checkbox"/> 後期研修病院選定のため <input type="checkbox"/> その他 (.....)
見学希望科目 ※後期研修の場合は プログラム名をご記入下さい	第1希望： 第2希望： 救急見学の希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
見学希望日時	第1希望：平成 年 月 日 () 午前・午後・終日 第2希望：平成 年 月 日 () 午前・午後・終日 第3希望：平成 年 月 日 () 午前・午後・終日
宿泊施設利用 ※該当に☑をして下さい	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない 希望する場合は、前泊・後泊を含めた宿泊日数をお知らせください。 宿泊施設の予約および費用の支払いは当院にて行います。
その他特に希望する事項などありましたらご記入ください	

- ※ 見学内容、見学分野につきましては、ご希望に沿えない場合がありますことをあらかじめご了承ください。
- ※ 見学終了後、感想などをお聞きするアンケートを実施いたしますのでご協力をお願いいたします。
- ※ ご不明な点等ございましたら教育研修推進室 (TEL 0157-24-3115) までご連絡ください。
- ※ 郵送またはFAX送信 (FAX 0157-22-3339) にてお申込みください。